

Expediente Núm. 249/2010
Dictamen Núm. 240/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de julio de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 23 de agosto de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 12 de enero de 2010, la perjudicada presenta en el registro auxiliar del Área de Inspección de Gijón del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la, a su juicio, deficiente asistencia recibida en el Hospital

Inicia su relato refiriendo que el día 10 de diciembre de 2007, tras una caída, es atendida “por el Área de Traumatología del Servicio de Urgencias del

Hospital, y diagnosticada de luxación hombro derecho, apreciando en la exploración física, no deformidad, no hematoma ni equimosis, movilidad muy reducida por el dolor, y apreciando en la exploración radiográfica, luxación anterior sin evidencia de rotura, inmovilización con sling". Refiere, además, que le fue realizada "únicamente (...), como prueba complementaria (...), una radiografía de hombro de dos proyecciones, en vez de la oportuna ecografía, o en su caso una radiografía de cinco proyecciones, no existiendo (...) constancia de la realización de los oportunos tests musculares a fin de descartar la posibles roturas musculares o tendinosas, y en concreto el test de Gerber o lift off test, relativo al músculo subescapular", para descartar la "rotura del músculo subescapular".

Tras permanecer "cinco semanas con el hombro derecho inmovilizado (...), fue finalmente valorada a finales del mes de enero de 2008 por el Servicio de Rehabilitación del Hospital, recomendando rehabilitación domiciliaria con fisioterapia (...), concluida en fecha 9 de mayo de 2008", y "continuar con rehabilitación ambulatoria con fisioterapia, habiendo tenido (...) hasta la fecha, una evolución parcial, consiguiendo mayor funcionalidad del hombro, pero persistiendo en cualquier caso la limitación de la movilidad del hombro derecho, a saber:/ Flexión activa: 90°./ Abducción: 110°./ Rotación externa: mano-oreja derecha./ Rotación interna: mano-glúteo derecho".

Sigue refiriendo que "ante la persistencia del cuadro clínico de dolor e impotencia funcional del hombro derecho, a pesar del tratamiento conservador con fisioterapia", le fue realizada "una ecografía de hombro derecho, en fecha 30 de mayo de 2008, y a instancia del propio Servicio de Traumatología del Hospital, estableciendo (...) como conclusiones radiográficas:/ El tendón supraespinoso está adelgazado e hipoecogénico de manera difusa en relación con tendinopatía sin signos de rotura./ El tendón subescapular está marcadamente adelgazado, con pocas fibras en relación con rotura de amplio espesor./ Tendones supraespinoso y del bíceps normales, éste último en la corredera./ Cambios degenerativos en la articulación acromio-clavicular./ No se

observan colecciones líquidas”. El día 3 de julio de 2008 “fue nuevamente valorada (...) por el Servicio de Rehabilitación del Hospital”, recomendándosele “rehabilitación ambulatoria con fisioterapia”, siendo dada de alta por dicho Servicio el día 4 de diciembre de 2008, con la recomendación de “evitar actividades que impliquen elevar el hombro derecho por encima de la horizontal, y (...) medicación sintomática con analgésicos, habiendo tenido (...) hasta la fecha una evolución parcial, consiguiendo mayor funcionalidad del hombro, pero persistiendo en cualquier caso la limitación de la movilidad del hombro derecho, a saber: / Flexión activa 110º. / Flexión pasiva 145º. / Abducción activa 110º. / Rotación externa activa 20º. / Rotación externa pasiva 45º. / Rotación interna activa llevando la mano por encima de la cintura”.

Considera que es “sumamente significativo que la (...) radiografía simple de hombro derecho practicada en fecha 3 de julio de 2008, a instancia del Servicio de Traumatología del Hospital, informase con signos degenerativos en la articulación acromio clavicular, irregularidad en el troquíter y osteoporosis difusa, mientras que las iniciales radiografías de hombro derecho practicadas en fecha 10 de diciembre de 2007 (...) informasen únicamente con luxación anterior sin evidencia de roturas”.

Manifiesta la reclamante que “presenta actualmente como secuelas definitivas e irreversibles (...), un cuadro clínico de dolor continuo e intenso de hombro derecho (...), con gran limitación de la movilidad, hasta el punto de no poder elevar el hombro derecho por encima de la horizontal (...), impotencia absoluta para el levantamiento de pesos, estando en consecuencia totalmente o cuando menos parcialmente para las tareas propias de su actividad habitual de ama de casa”.

Añade que se le realizó un “estudio completo” de fecha 2 de febrero de 2009, por parte de un médico privado, especialista en Traumatología, que incluía la práctica de “resonancia magnética nuclear y scanner de hombro derecho, apreciando las siguientes lesiones a nivel de hombro derecho: / Rotura completa del tendón subescapular. / Fragmento óseo de dos centímetros de

diámetro desprendido del borde anterior del glenoides y desplazado hacia atrás de la cabeza humeral (lesión de Bankart)./ Inestabilidad posterior de la cabeza humeral por rotura del labrum posteroinferior (lesión de Bennet)./ Deformidad del borde posterior de la cabeza humeral (lesión de Hill-Sachs)./ Marcado engrosamiento del ligamento glenohumeral inferior./ Tendinopatía del supraespinoso./ Artrosis acromio clavicular./ Osteodistrofia postraumática (enfermedad de Sudeck) causa de la importante osteoporosis y atrofia muscular". Sigue diciendo que el citado especialista "descarta actualmente el tratamiento quirúrgico, insistiendo en cualquier caso que la reparación quirúrgica de las partes blandas, es decir la rotura del tendón escapular así como la resección del fragmento óseo, exigía una actuación quirúrgica inmediata, considerando a su vez que la impotencia funcional del hombro derecho en modo alguno podría ser explicada por una simple luxación de hombro, debiendo por tanto haber sido practicadas previamente otras pruebas complementarias, tales como la ecografía, o en su caso la resonancia magnética nuclear, con el fin de descartar roturas musculares y/o tendinosas".

Concluye la reclamante que se produjo un "deficiente tratamiento médico (...), por cuanto si la rotura del músculo subescapular hubiera sido diagnosticada en las primeras asistencias médicas, finalmente la lesión del músculo subescapular hubiera sido intervenida quirúrgicamente a tiempo, y en consecuencia las actuales secuelas permanentes e irreversibles se hubieran perfectamente evitado y no se habrían producido, o cuando menos se habrían aminorado considerablemente".

Solicita una indemnización de ciento treinta y tres mil setecientos cincuenta y un euros con cuarenta y seis céntimos (133.751,46 €).

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Informe del Área de Traumatología del Servicio de Urgencias del Hospital, de fecha 10 de diciembre de 2007. b) Informe de una clínica de rehabilitación, de fecha 9 de mayo de 2008. c) Informe del Servicio de Radiología del Hospital, de fecha 2 de junio de 2008. d) Informe del Servicio de Rehabilitación del Hospital,

de fecha 4 de diciembre de 2008. e) Informe de una clínica de Radiología, de fecha 19 de diciembre de 2008. f) Informe de una clínica de Radiología, de fecha 8 de enero de 2009. g) Informe de especialista en Traumatología, de fecha 2 de febrero de 2009.

2. Mediante escrito de fecha 25 de enero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 5 de febrero de 2010, el Gerente del Hospitalremite al Servicio instructor copia de la historia clínica de la perjudicada.

4. Con fecha 19 de febrero de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor informe del Jefe del Servicio de Rehabilitación.

En él, de fecha 19 de febrero de 2010, se refiere que la paciente "fue atendida por vez primera en mi consulta el 3-7-08, por haber sufrido el 10-12-07 luxación del hombro derecho. Con anterioridad había sido atendida en Urgencias, en Traumatología, en nuestro Servicio (...) (por otro facultativo) y por Rehabilitación domiciliaria./ En la valoración inicial se constató la situación clínica inicial (ver informe de 4-12-08), se solicitó estudio de Radiografía simple de control, y se programó tratamiento fisioterápico ambulatorio. Se encontraba en tratamiento farmacológico, y no se planificaron infiltraciones articulares por el antecedente de intolerancia a corticoide./ Estuvo a tratamiento fisioterápico ambulatorio desde el 24-7-08 hasta el 11-1-08, tras observar estabilidad en los hallazgos exploratorios./ Con fecha 4-12-08/ se emitió informe clínico de alta (...), haciendo constar en el mismo la situación clínica inicial y final de secuelas, de dolor y limitación de la movilidad del hombro derecho, y facilitando medidas domiciliarias al respecto".

5. Con fecha 25 de febrero de 2010, el Gerente del Hospital remite al Servicio instructor informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

En el mismo, de fecha 24 de febrero de 2010, se refiere que la paciente "acudió (a) urgencias por caída casual el 10-12-2007", donde se le diagnosticó "luxación hombro derecho". Se le practicó "reducción. Comprobación radiográfica. Alta con inmovilización que se mantiene hasta 02.01-08. El mismo mes de enero se solicita rehabilitación que en principio se realizó domiciliariamente. Es alta en mayo (de) 2008 y se recomienda continuar fisioterapia ambulatoria./ Ante la lenta evolución se realizó ecografía que mostró como hallazgos: Artrosis A-C, tendinopatía supraespinoso (SE) y rotura del subescapular (SB)./ El 4 de diciembre fue alta definitiva por el Servicio de Rehabilitación (...) con un arco de separación de 110º./ El mismo mes de diciembre fue valorada por la Unidad de Hombro de este hospital que descartó intervención quirúrgica. Se consideró alta definitiva con secuelas funcionales reconocidas en el anterior (documento) final de rehabilitación".

En respuesta a "los diferentes puntos" de la reclamación, hace constar lo siguiente: "Respecto a la asistencia médica inicial", que "en ningún protocolo, con articulación reducida y estable, está indicada la realización de pruebas complementarias excepto Rx. La realización sugerida del test de Gerber es completamente imposible en Urgencias puesto que el dolor enmascara cualquier resultado perdiendo toda fiabilidad. De igual manera se puede afirmar que ningún protocolo recomienda cirugía de urgencia en una luxación reducida y estable (estabilidad demostrada en la evolución) (...). Respecto a la rehabilitación, (que) los servicios públicos, a domicilio y ambulatoriamente, consideraron en diciembre 2008 el proceso estabilizado con las limitaciones funcionales ya descritas (...). Respecto a las pruebas complementarias, (que) la ecografía no se solicita habitualmente en una luxación en evolución de rehabilitación y solo si la evolución es tórpida, como se realizó en este caso. Los hallazgos en relación SE y SB se asocian frecuentemente en luxación anterior

de hombro en pacientes por encima de 40 años./ Aun diagnosticadas más precozmente, la indicación quirúrgica de estas lesiones es de muy dudosa eficacia respecto al patrón función (...). Respecto (a la) resonancia magnética, (que) solo se dispone de información documental sin imágenes. A modo de resumen refiere las mismas lesiones que la ecografía y añade un arrancamiento del borde anterior de la glenoides. Aún habiendo conocido este último hecho el mismo día de la lesión, el protocolo de actuación no hubiera cambiado (...). Respecto a una posible actuación quirúrgica, (que) por lo antedicho se descarta realizarla de urgencia. Con una separación activa de 110° y sin luxación recidivante, la indicación de cirugía tardía tal como confirmó la Unidad de Hombro de este hospital no ofrece un % de mejora que la justifique (...). Respecto a las secuelas, se reconoce el déficit funcional, tal como se refiere (...) en (documento) final de Rehabilitación”.

6. Con fecha 27 de abril de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, describe los hechos y concluye que “se han empleado los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados, lo que no ha impedido que aún estable le haya quedado una articulación con un déficit de movilidad de 110° rotación activa, 110° abducción activa, 20° RE y RI por encima de la cintura, sin que se demuestre que la opción quirúrgica hubiese modificado sustancialmente el resultado, por todo ello entiendo que la actuación del Servicio de Salud se ha ajustado a una correcta *lex artis*”.

7. Mediante escritos de 4 de mayo de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 13 de junio de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, dos de ellos

en Traumatología y Cirugía Ortopédica, y el tercero especialista en Traumatología y Ortopedia, en el que refieren que el diagnóstico de la luxación anterior aguda es “fundamentalmente clínico”, debiendo “evitarse maniobras de movilización del hombro para evitar el agravamiento de las lesiones. El estudio radiográfico simple aporta casi siempre los datos suficientes para diagnosticar la luxación y concretar todos los detalles”. En cuanto a su tratamiento, se “deben seguir los pasos habituales en la resolución de cualquier luxación: reducción, mantenimiento y rehabilitación (...). Posteriormente debe controlarse la certeza de la reducción y la estabilidad articular mediante un nuevo estudio radiográfico de control. El paciente debe mantenerse inmovilizado por un periodo entre 3 y 5 semanas para permitir la cicatrización de las zonas blandas./ Una vez transcurrido el periodo de inmovilización deberá realizarse rehabilitación del hombro durante un periodo más o menos largo, dependiendo de la intensidad de las lesiones, de la edad del paciente y de las lesiones previas existentes en el hombro luxado”. Añaden que “el tratamiento quirúrgico inmediato de las lesiones asociadas solo está indicado en los siguientes casos:/ fractura de troquíter (...), fractura de cuello de escápula (...) (y) fracturas de cavidad glenoidea”. Concluyen que “en definitiva se trata de un cuadro de hombro doloroso secundario a una luxación de hombro anterior aguda, correctamente diagnosticada y tratada mediante reducción, inmovilización y posterior rehabilitación. La reclamación se basa en la presencia de unas lesiones articulares que son prácticamente constantes en cualquier luxación de hombro y que por sí mismas no tienen porqué originar secuelas como las que padece la paciente”. Finalizan diciendo que “tras el análisis de la documentación del caso, a nuestro juicio, no se detecta negligencia profesional alguna, habiéndose actuado en todo momento según la *lex artis ad hoc*, sin que existan indicios de desidia ni abandono por parte de los profesionales encargados de la atención a la paciente”.

9. Mediante escrito de fecha 13 de julio de 2010, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento.

10. Con fecha 23 de julio de 2010, la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos del escrito inicial.

11. Con fecha 4 de agosto de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en razonamientos análogos a los recogidos en el informe técnico de evaluación y en especial en el informe emitido por los especialistas privados, realizado a instancia de la compañía aseguradora.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de agosto de 2010, registrado de entrada el día 27 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo,

aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, no se ha incorporado al expediente la valoración realizada a la paciente en el mes de diciembre de 2008 por la Unidad de Hombro del Hospital, a pesar de que la menciona el Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en su informe de 24 de febrero de 2010.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

CUARTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de

producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- En el examen de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, hemos de identificar, en primer lugar, los supuestos daños alegados y su naturaleza jurídica, para luego examinar si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto.

La pretensión que constituye el objeto de la reclamación se dirige al resarcimiento de unos daños, identificados por la reclamante como “gran limitación de la movilidad” del hombro derecho, y que son subsiguientes a un tratamiento médico practicado para el tratamiento de una luxación provocada por una caída casual. Considera la interesada que a la producción del daño ha contribuido el inadecuado tratamiento dispensado en el Hospital, puesto que “a pesar de disponer de los medios de diagnóstico y tratamiento necesarios” no se “agotaron los mismos” a efectos de “un diagnóstico precoz de

la lesión de rotura del músculo subescapular”, siendo “la rotura irreparable”, no susceptible de “tratamiento quirúrgico”, ante “la demora del diagnóstico”. Estima la perjudicada que si la rotura del músculo “hubiera sido diagnosticada en las primeras asistencias médicas” habría “sido intervenida quirúrgicamente a tiempo” y en consecuencia las actuales secuelas “se hubieran perfectamente evitado” dado que “no se habrían producido”.

En lo que al plazo para el ejercicio de la reclamación se refiere, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En un procedimiento como el que dictaminamos, en el que el daño se encuentra estabilizado y no es previsible la curación de la paciente en sentido estricto, la fijación del *dies a quo* para iniciar el cómputo del plazo establecido en el apartado 5 del artículo 142 de la LRJPAC ha de venir condicionada, como hemos dicho, por la fecha de la determinación del alcance de las secuelas, con independencia de la permanencia del padecimiento. Ese momento no es otro que aquel en el que la interesada obtiene la información plasmada en el diagnóstico definitivo de la estabilización de las secuelas, ya que a partir de dicha fecha la reclamante posee todos los elementos precisos para la imputación y cuantificación de la eventual responsabilidad patrimonial de la Administración.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, el momento a partir del cual ha de comenzar el cómputo de un año es, a nuestro juicio, el día 4 de diciembre de 2008, cuando el Servicio de Rehabilitación del Hospital -aportado por la propia interesada-, tras detallar el tratamiento y evolución de la dolencia indica que “ha mejorado en parte de las molestias y la movilidad”, persistiendo una “limitación de la movilidad (flexión activa de 110° y pasiva de 145°, abducción activa de 110°, rotación externa activa de 20° y pasiva de 45°,

y rotación interna activa llevando la mano por encima de la cintura)", concluyendo que "damos el alta con normas higiénico-posturales". Aunque la propia interesada en su escrito de reclamación (folio 15) concreta el período de incapacitación desde la fecha de la caída hasta "la fecha del alta médica con secuelas, 2 de febrero de 2009", debe subrayarse que esta fecha no se corresponde con el alta médica de la paciente sino con la emisión de un informe de valoración elaborado por un especialista privado en Traumatología y Ortopedia, a instancia de la propia interesada. Tal y como la reclamante indica en otro lugar de su escrito (folio 10), había sido "finalmente alta médica con secuelas en fecha 4 de diciembre de 2008", siendo esta la fecha reconocida como "final de secuelas" en los informes emitido por el Servicio de Rehabilitación y por el Servicio de Urgencias que atendió a la paciente.

Con base en ello, iniciado el cómputo el día 4 de diciembre de 2008, la reclamación de 12 de enero de 2010 fue presentada fuera del plazo de un año establecido legalmente. Es este motivo suficiente para entender desestimada la pretensión.

En cualquier caso, aun si hubiese que entrar en el análisis del nexo causal, los informes técnicos obrantes en el expediente no dejan lugar a dudas sobre la adecuación de la cuestionada actuación sanitaria a la *lex artis*. Si bien el informe realizado a instancia de la perjudicada señala que "las lesiones" -rotura del tendón subescapular o la resección del fragmento óseo" habrían "necesitado en su momento, una actuación quirúrgica inmediata", ni tal conclusión es corroborada por el resto de los informes que obran en el expediente ni con ello se acredita una deficiente atención sanitaria a la paciente.

Así, en relación con los medios diagnósticos empleados, los informes aportados por la Administración indican que fueron los adecuados a la dolencia que presentaba, que se siguió con la paciente el protocolo habitual ante una luxación anterior -realización de Rx simple, reducción e inmovilización y posterior tratamiento rehabilitador-. Es más, tal y como consta en el dictamen

emitido por tres especialistas en Traumatología, “en un Servicio de Urgencia no está justificada la realización de otras pruebas diagnósticas para determinar la presencia de lesiones concomitantes, que no tienen indicación quirúrgica urgente”. Asimismo, se exponen los motivos que aconseja no realizar, en ese momento, ninguna otra maniobra exploratoria. Solo una lenta evolución y persistencia de cierto grado de limitación funcional requiere la práctica de pruebas complementarias, como así se hizo con la ecografía realizada en mayo de 2008.

Por lo que a la necesidad de intervención quirúrgica se refiere, el informe Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica es categórico al afirmar que “ningún protocolo recomienda cirugía de urgencia en una luxación reducida y estable”. Sostiene este mismo informe que los hallazgos mostrados en la mencionada ecografía, de una tendinopatía supraespinoso y rotura del subescapular, aun “diagnosticadas más precozmente, la indicación quirúrgica de estas lesiones es de muy dudosa eficacia respecto al patrón función”. También señala que el resultado de la resonancia magnética “refiere las mismas lesiones que la ecografía”, aunque añade “un arrancamiento del borde anterior de la glenoides”, pero que “aún habiendo conocido este último hecho el mismo día de la lesión, el protocolo de actuación no hubiera cambiado”. En el mismo sentido concluye el informe técnico de evaluación al afirmar que no se demuestra que “la opción quirúrgica hubiese cambiado sustancialmente el resultado”.

En resumen, no se ha acreditado una infracción de la *lex artis* por parte de la Administración causante de un retraso en el diagnóstico de las lesiones de la reclamante, por lo que no puede imputarse a la Administración una pérdida de oportunidad terapéutica, cuya prescripción y eficacia, aun en la hipótesis de un diagnóstico más temprano, ha sido cuestionada por la mayoría de los especialistas que informan en este procedimiento.

Por todo ello, incluso en el caso de que la reclamación se hubiera presentado dentro del plazo legalmente establecido, los daños alegados no guardan relación causal con el funcionamiento del servicio público sanitario.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.